



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS, DIAGNOSTICADOS DE ALZHEIMER NO INSTITUCIONALIZADOS.

***KATHERINE SANCLEMENTE ANGRINO
TUTORA: DRA. INÉS AGUINAGA ONTONSO
MÁSTER SALUD PÚBLICA 2012-2013***

El presente trabajo denominado “Prevención de la malnutrición en adultos mayores diagnosticados de Alzheimer no institucionalizados” ha sido supervisado y aprobado por la profesora tutora Inés Aguinaga Ontoso, de la Universidad Pública de Navarra, para su presentación y defensa ante el tribunal que calificará los trabajos Fin de Master de Salud Pública en el curso 2012-2013.

Fdo. Inés Aguinaga Ontoso

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 JUSTIFICACIÓN.	6
1.2 LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)	10
1.3 LA ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER	25
1.4 ADECUACIÓN AL PLAN DE SALUD DE NAVARRA	34
2. OBJETIVOS	35
2.1 OBJETIVOS GENERALES	36
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
3. PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD	37
3.1 POBLACIÓN DE REFERENCIA Y SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE INTERVENCIÓN.	38
3.2 LEGISLACIÓN Y NORMATIVA APLICABLE.	40
3.3 RECURSOS ACTUALES	44
4. CRONOGRAMA	46
4.1 CRONOGRAMA	47
4.2 TABLA DE GANT	48
5. ACTIVIDADES	49
5.1 ORGANIZACIÓN INTERNA	50
5.2 ORGANIZACIÓN DE SESIONES	52

6. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	59
6.1 EQUIPO QUE DESARROLLA EL PROYECTO.	
COLABORACIONES INSTITUCIONALES	60
6.2 RECURSOS DISPONIBLES: MATERIAL TECNICO, INVENTARIABLE Y FUNGIBLE.	61
6.3 PRESUPUESTO ESTIMADO	61
7. FINANCIACIÓN	62
7.1 FINANCIACIÓN DEL PROYECTO	63
8. EVALUACIÓN	64
9. BIBLIOGRAFÍA	66
9.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
9.2 OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	69
10. RESUMEN	71
10.1 RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	72

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN.

Según informe mundial de Alzheimer “superar el estigma de la demencia”: Una prioridad de salud pública, publicado en abril de 2012 por la Alzheimer Disease International (ADI) 2012 y la Organización Mundial de la Salud (OMS), Se estima que hay 36 millones de personas que viven con la demencia en todo el mundo en 2010, aumentando a 66 millones en 2030 y 115 millones en 2050.

Casi dos tercios viven en países de ingresos bajos y medios, donde los mayores incrementos en los números se fijan a ocurrir como aumenta la población anciana.

Estiman que el costo global de la demencia en 2010 fue \$ 604 millones, unos 464 millones €, siendo este es el 1% del PIB mundial y es probable que estos costos aumenten en proporción al número de personas con demencia.

En los países de bajos ingresos los costos de la atención sanitaria y social puede subir más rápidamente, como consecuencia del aumento de la demanda de servicios.

Las estimaciones de demencia según informe de la OMS es que había 7,7 millón de nuevos casos de demencia en el año 2010, o un nuevo caso cada cuatro segundos, esto es ya tres veces más que el VIH / SIDA (2,6 millones al año).

Suponiendo que la incidencia aumentará en línea con la prevalencia, ya que el envejecimiento global está impulsando ambos números, para el año 2050 la incidencia se ha incrementado a 24,6 millones de nuevos casos al año. El incremento anual promedio entre 2010 y 2050 será de 16,15 millones. Esto significa que vamos a tener 646 millones de nuevos casos en estos 40 años en parte superior de la corriente 36 millones, a menos que haya una cura o un tratamiento que retrase el inicio o la progresión de la enfermedad.

682 millones de personas vivirán con demencia en los próximos 40 años. Esto es significativamente más que la población de toda América del Norte (542 millones) y casi tanto como todos los de Europa (738 millones).

La demencia es la principal causa de dependencia en las personas mayores y no se va a tener suficientes personas para atender a un gran número de estas personas con demencia. (Nicole L Batsch, 2012)

Según el Instituto Nacional de Estadística de España, la esperanza de vida al nacimiento supera los 82 años, en varones alcanza los 79,2 años y en mujeres los 85 años.

En España en el año 2012 un 17.4% de la población corresponde a la proporción de personas mayores de 64 años.

Según la fundación Alzheimer en España, la prevalencia de demencia según las edades es: (España, 2012)

4,2 % para la población entre 65 y 74 años

12,5 % para la población de 75 a 84años

27,7 % para la población de más de 85 años

Según el sexo, la prevalencia es de:

11,1 % en mujeres

7,5 % en varones

Una de las características del proceso de envejecimiento es la feminización de la población mayor. A principios del siglo XX, el número de mujeres mayores superaba al de varones en un 10,3%. En el año 2009 esta cifra había ascendido hasta el 35,6%. Esta preponderancia femenina se debe a que durante las primeras décadas del siglo XX, las mujeres han experimentado mayores ganancias en esperanza de vida que los varones. Esta mayor supervivencia de las mujeres se fundamenta en las diferencias por género en la mortalidad de adultos y ancianos. (Ministerio de Sanidad, 2012).

El envejecimiento de la población es un hecho de gran trascendencia social y con importante repercusión en la organización de los servicios sanitarios. Una de las actuaciones de mayor impacto para conseguir un envejecimiento libre de incapacidad es la alimentación.

La evidencia científica ha demostrado que para mejorar la salud, la autonomía y la calidad de vida de la población anciana, es esencial mantener una nutrición adecuada. Cuando este objetivo no se cumple aparece la malnutrición, que es un trastorno provocado por un exceso, déficit o desequilibrio de energía o

nutrientes en relación con las necesidades metabólicas y tisulares, que condicionan un aumento en la morbilidad y/o mortalidad.

Aproximadamente un 25% de la población anciana no institucionalizada tiene un aporte calórico insuficiente e inversamente proporcional al grado de actividad física. El porcentaje es mayor en ancianos con dependencia funcional y con comorbilidad. En la población anciana ambulatoria la prevalencia de malnutrición varía del 1 al 15%, puede ascender al 40% en aquellos que presentan enfermedades crónicas e incapacidad funcional grave. (Francisco Guillén Llera, 2008)

Debido a que un gran número de personas que padecen del Alzheimer viven en sus hogares, el impacto de esta enfermedad se extiende a millones de familiares, amigos y cuidadores.

Según la encuesta Navarra de salud, el 48,1% de las personas mayores de 65 años no institucionalizadas no pueden realizar por sí mismas al menos una actividad de la vida cotidiana (AVC) y requieren de algún tipo de ayuda personal.

Según las categorías de análisis, tienen dependencia funcional el 37,1% en cuidado personal o autocuidado, el 35,5% en labores domésticas y el 30,1% en movilidad

En el 34,1% de los hogares de las personas entrevistadas, existe al menos una persona que requiere cuidados. En un 21,8% (7,4% del total de hogares), es una persona mayor de 74 años y en un 13,9% (4,7% del total) una persona con discapacidad. En cuanto al cuidado de familiares mayores y discapacitados, en la mayor parte de los países, las mujeres dedican más tiempo a este tipo de cuidados, excepto en Irlanda, Dinamarca, Holanda y Portugal donde dedican más tiempo los hombres. Los hombres de Irlanda y Portugal y las mujeres de Grecia y España, son los que más horas semanales dedican a este tipo de cuidados. La distribución del trabajo reproductivo entre las personas es desigual según el sexo. Hay mayor proporción de mujeres (ya sea solas o junto a otra persona que no es remunerada por ello) que de hombres haciendo este trabajo. El trabajo reproductivo recae fundamentalmente en las personas que viven en el

hogar. El papel de las personas remuneradas como cuidadoras principales tiene su máximo peso en los hogares con personas mayores y en los hogares con discapacitados (8,8% en ambos casos). (Navarra, 2006)

El cuidador principal es la figura clave en la ayuda para el enfermo de Alzheimer, como la enfermedad se prolonga generalmente durante varios años, lo más común es que los familiares, sean los encargados de cuidarle, generalmente esta persona no es la única que va a cuidar del enfermo pero sí es la encargada de obtener una información “centralizada” del transcurso de todos los días, y será también, con preferencia, el interlocutor que represente a la persona enferma ante los servicios sanitarios y los servicios sociales. (Jesús Alberdi Sudupe, 2009)

Actualmente en Navarra solo se encuentra La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra nació en el año 1990, con la voluntad de ayudar a los familiares de afectados por la enfermedad y de buscar soluciones para los problemas médicos y socio-económicos de enfermos y cuidadores. Para ello contamos con el trabajo y la colaboración indispensable de organismos públicos y privados. (Navarra A. d., 2001)

Por ello, el equipo asistencial debe de implicarse en la educación y ayuda del cuidador principal en los cuidados básicos de la persona con Alzheimer para así obtener los mejores resultados en cuanto a mantenimiento de la mayor autonomía posible y durante el mayor tiempo posible por parte del enfermo, evitando o disminuyendo la sobrecarga de cuidados por parte del cuidador y la comorbilidad asociada al Alzheimer.

1.2 LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)

Definición: La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad cerebral degenerativa primaria de etiología desconocida con las características neuropatológicas y neuroquímicas característicos. El trastorno suele ser insidiosa en el inicio y se desarrolla lenta pero constantemente durante un período de varios años. (OMS, 2010)

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia y posiblemente contribuye a 60-70% de los casos en países desarrollados y su prevalencia se incrementa con la edad.

Se considera una enfermedad de causa multifactorial y compleja, y la edad es el principal factor de riesgo no modificable.

Los cambios neuropatológicos propios de la EA se caracterizan fundamentalmente por la agregación anormal de proteínas. En concreto, tau hiperfosforilada intraneuronal en forma de ovillos neurofibrilares y β -amiloide extraneuronal en forma de placas seniles. Gradualmente, estos cambios conllevan pérdida de sinapsis y neuronas que se manifiestan clínicamente como alteraciones cognitivas.

Es bien sabido que la patología neuronal puede empezar incluso hasta una década antes de que se inicie la sintomatología clínica. Los criterios de EA actuales requieren la presencia de déficit cognitivos relevantes y demencia, lo que implica que cuando se realiza el diagnóstico el daño neuropatológico subyacente es muy importante y afecta de forma generalizada a un gran número de áreas cerebrales.

La EA podría convertirse en un grave problema de salud pública durante las próximas décadas, al generar un estado de dependencia de elevado coste psicológico, moral, social y económico. (Cinta Valls-Pedret, 2010)

EPIDEMIOLOGÍA

Incidencia.

Las estimaciones de incidencia en demencia suelen ser desde 5 a 10 casos por 1000 personas-año en el grupo de 64 a 69 años de edad, hasta 40 a 60 casos por 1000 personas-año en el grupo de 80-84 años.

Existe más incertidumbre en el grupo de pacientes muy ancianos, debido a la menor participación y alta tasa de abandonos, aunque hay estudios que avalan un progresivo incremento de la incidencia hasta los 100 años o más. Cabe destacar, como demuestra el estudio Rotterdam, que las mujeres por encima de los 55 años tienen el doble de riesgo de padecer demencia respecto a los varones, tanto por su mayor expectativa de vida como por la mayor incidencia de demencia a edades muy avanzadas.

Prevalencia.

Los estudios de prevalencia son mucho más numerosos en todo el mundo y revelan una tendencia similar al incremento según avanza la edad. En términos generales, la prevalencia de demencia se sitúa por debajo del 2% en el grupo de ancianos de edades comprendidas entre 65 y 69 años; este valor se duplica cada 5 años y alcanza un 10-17% en el grupo de 80 a 84 años, llegando a valores del 30% por encima de los 90 años.

En el estudio mundial de Ferri se aprecia una prevalencia similar en Europa, Norteamérica, Sudamérica y Asia oriental, siendo un 40-50% menor en Asia meridional y un 60-70% menor en África.

En **España**, las tasas de prevalencia para mayores de 65 años se sitúan entre el 5.2 y el 16.3%, llegando al 22% en varones mayores de 85 años y al 30% en mujeres del mismo grupo de edad.

Prevalencia por tipos de demencia: Si tenemos en cuenta las diferentes etiologías de la demencia, la enfermedad de Alzheimer es, con diferencia, la causa más frecuente (entre el 60 y el 80%); en segundo lugar aparece la

demencia por patología mixta, vascular y Alzheimer, seguida de la demencia vascular (entre el 20 y el 30% del total), y ya, a más distancia, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal y demencias secundarias.

Previsión de futuro en España. El progresivo envejecimiento de la población hace prever un incremento subsiguiente de las demencias en todo el mundo.

En España, se calcula que, en 2050, uno de cada tres españoles tendrá más de 65 años. En 2004 las personas afectadas por demencia eran de 431000; si las previsiones de crecimiento son correctas, se calcula que en 2030 la cifra alcanzaría casi los 600000 enfermos, y en 2050, cerca del millón. Sin embargo, estas cifras probablemente infravaloren la cuantía del problema, ya que hay un porcentaje de casos que quedan sin diagnosticar o no figuran en las estadísticas oficiales (hay estudios que apuntan a que ya en 2004 había entre 400000 y 600000 enfermos).

	Población Total	Mayores de 65 años	Pacientes con Demencia
2001	41.116.842	6.796.936	407.816
2004	43.197.684	7.184.921	431.000
2030*	50.878.142	9.900.000	594.460
2050*	53.159.991	16.387.874	983.272

Datos de población, mayores de 65 años y pacientes con demencia. Fuente INE.

* Estimados para los años 2030 y 2050

A nivel Global. En EEUU se estima que existen unos 4.5 millones de pacientes con demencia tipo Alzheimer, de los cuales 200000 son menores de 65 años; en 2050 se espera que la cifra se incremente hasta los 11 - 16 millones de enfermo. A nivel mundial las cifras se elevan, desde 21 millones de enfermos en 2001, hasta 113 millones en 2050, de los cuales 2/3 partes vivirán en países en desarrollo. Si tenemos en cuenta que la duración media de la enfermedad es de 5 a 10 años, cifra que probablemente aumente en los próximos años gracias a la aparición de nuevos fármacos y a la mejora de los cuidados de los pacientes,

podemos hacernos una idea de la enorme carga social, económica y sanitaria que supondrá esta patología. (Cristina Prieto Jurczynska, 2011)

Características clínicas de la EA

La fase inicial de la enfermedad puede durar unos dos años y en ella suelen aparecer fallos en la memoria reciente, desinterés, humor deprimido, cambios en la personalidad, episodios leves de desorientación y falta de adaptación a situaciones nuevas.

La fase intermedia puede desarrollarse durante 3-5 años. El detrimento de la memoria es más comprometido y afecta no solo a la memoria reciente sino también a la remota. Emergen alteraciones del lenguaje, la escritura, la lectura, el cálculo, apraxias y agnosias. Muestra dificultad con el aseo, el vestir o la comida. Pueden aparecer síntomas psicóticos. En esta fase el paciente tiene dificultad para mantener sus relaciones sociales y es incapaz de mantener una discusión coherente sobre un problema.

En la fase terminal (demencia grave) el enfermo es incapaz de andar, se inmoviliza, se hace incontinente y no puede ejecutar ninguna actividad de la vida diaria. El lenguaje se hace ininteligible o presenta mutismo. A veces se produce disfagia y hay riesgos de neumonías, deshidratación, malnutrición y úlceras por presión. Los enfermos pueden permanecer en cama y suelen fallecer de una neumonía u otra infección/complicación intercurrente. La evolución de la enfermedad es variable, aunque no suele prolongarse más de 15 años. (Carlos Castro Dono, 2013)

Trastornos en la alimentación y nutrición:

- a- Pérdida de la independencia para alimentarse (que suele estar asociada con un aumento de la mortalidad)
- b- Dificultades para alimentarse (por alteraciones en la memoria, incapacidad emocional, ideas delirantes).

c- En fases tardías de la enfermedad Alzheimer el paciente puede tener problemas para reconocer los alimentos, la situación de los cubiertos, dificultades para masticar, tragar.

d- Dificultades para comunicarse (lo cual harán necesaria una mayor sensibilidad por parte de los cuidadores para poder interpretar sus necesidades alimentarias).

e- Disminución de la producción salival en la glándula submandibular con complicaciones orales.

f- Medicación psicótropa que disminuye la producción salival.

g- Trastornos en las percepciones olfativa y gustativa (la disminución en el sentido del gusto y del olfato influyen negativamente en el apetito).

h- Deficiencia de tiamina con impacto en la función cognitiva.

i- Pérdida de peso producida por hiperactividad o por infecciones recurrentes. (Basgall, 2005)

Cuidados en la EA

Cuidar de una persona que padece la Enfermedad de Alzheimer no es una tarea fácil. Es importante tratar de entender la enfermedad y sus efectos en el comportamiento de la persona. Por eso, incluso parezca que actúa sin sentido y de un modo tonto, hay que pensar que para esa persona sí que tiene sentido. Por ejemplo, si tira los platos a la basura será porque está tratando de deshacerse de algo sucio, aunque no entienda que no lo hace correctamente.

Es muy importante mantener una adecuada comunicación con el fin de mantenerle en contacto con las personas que le rodean, también es importante la parte espiritual de la persona, el cariño y el afecto. (Canadá, 2001)

Actualmente se cuenta con varias guías dirigidas al cuidado de pacientes con Alzheimer, donde describen una serie de actividades útiles a realizar por el cuidador. Entre estas actividades tenemos:

Como organizar la casa

Organice el espacio vital de la casa

- Gradualmente, habitación a habitación, problema a problema. No trate de resolverlo todo al mismo tiempo.
- Evite transformaciones bruscas que puedan acrecentar el sentimiento de inseguridad del enfermo.

Evite caídas

- Es recomendable quitar o fijar al suelo alfombras y felpudos, especialmente en el cuarto de baño y dormitorio.
- Acorte los cables eléctricos para que no arrastren por el suelo.
- Elimine los muebles con picos sobresalientes, o con cristales (acolche los salientes).
- Cambie las sillas inseguras o aquellas de las que sea difícil levantarse.
- Quite los obstáculos u objetos que puedan dificultar el paso en los pasillos o lugares estrechos.
- Si tiene escaleras, fije bandas antideslizantes sobre el borde. Es recomendable poner una barrera al principio y al final de la escalera para impedir el paso.
- Asegúrese de que las habitaciones tengan buena iluminación durante el día y estén equipadas de alguna lámpara durante la noche.

Evite accidentes

- Se recomienda guardar bajo llave los electrodomésticos (batidora, afilador, cortacésped), cerillas, encendedores, armas de fuego, llaves de automóvil, productos tóxicos (lejía, medicamentos...).
- Quite los cerrojos interiores para evitar que la persona pueda encerrarse.
- Las puertas que dan al exterior y las ventanas deberán estar provistas de un dispositivo de seguridad que impida abrirlas sin ayuda.
- No le deje coger pequeños objetos (agujas, botones...) que pueda tragar.
- Los radiadores deberán estar provistos de una rejilla de protección.
- Regule el calentador del agua para evitar posibles quemaduras.

- Vigile los sitios particularmente peligrosos como: terrazas, bordes de piscina, coche.
- Prevenga a sus vecinos del estado de su familiar, para que puedan ayudarlo.
- Póngale una pulsera o una medalla donde figure su nombre, dirección y teléfono.
- Tenga a mano una foto reciente que pueda ser difundida en caso de pérdida.

Organización del dormitorio

- Quite todos los adornos, revistas etc..., que sean susceptibles de distraerlo.
- Fije la lámpara de la mesilla de manera que pueda encenderla y apagarla sin tirarla.
- Fije al suelo la alfombra de pie de cama.
- Instale un piloto de luz que permanezca encendido durante la noche.
- Se pueden colocar bandas luminiscentes que señalen el camino de la habitación al WC, para que no se pierda si tiene que levantarse por la noche.
- Coloque la cama de tal manera que el enfermo pueda subir o bajar sin molestias por los dos lados.

Ropa

- En el armario debe guardar solamente la ropa indispensable de la estación del año correspondiente.
- Evite que elija, escoja usted por él.
- Escoja ropas lavables y que no sea necesario planchar.
- Elija ropa que sea fácil de poner y quitar: cierres de velcro, polos cerrados, zapatos sin cordones, medias sin talón...
- Identifique la ropa de los cajones y armarios con pequeños carteles o dibujos.

Otros consejos

- Evite el ruido y la confusión. Apague la TV ó radio cuando acabe la emisión.
- Evite la música con estruendos y respete siempre los gustos del enfermo.
- Quite o recubra los espejos. Al verse, puede que no se reconozca y esto le produzca angustia.
- No conserve más que los objetos de uso cotidiano y siempre en el mismo sitio.
- Coloque un reloj grande que pueda ver con facilidad, así como un calendario en el que usted pueda marcar los días.
- Señale los recorridos, por ejemplo de su cuarto al WC. Él se sentirá mejor.
- Utilice carteles con dibujos sencillos para recordarle donde se encuentran las cosas.
- Ponga una pizarra en la pared (siempre en el mismo sitio) y deje escrito claramente lo que tenga que hacer (nunca demasiado) cuando usted se vaya.

Cuarto de baño e higiene personal

Cuarto de baño

- El botiquín del baño debe estar cerrado y sin medicamentos.
- Equipe la bañera o ducha con bandas o alfombras antideslizantes, del mismo color del suelo si es posible, para que no le sobresalte.
- Procurar poner barras en las paredes de la ducha para que le ayuden a salir. También junto al WC.
- El cuarto de baño debe tener alguna luz encendida por la noche.
- Los objetos de aseo serán reducidos al mínimo (1 toalla, jabón, 1 cepillo de dientes, tubo de pasta dentífrica). Los demás objetos (maquinilla etc.) se le proporcionarán cuando los necesite y después se recogerán.
- Las cosas deben permanecer siempre en el mismo lugar para que no tenga que buscarlas; sólo cogerlas.
- Colocar las alfombrillas de baño sólo para el momento de la salida de la ducha.

Higiene corporal

- Para el baño o ducha, básiase en sus hábitos anteriores para crear una rutina (hora...).
- Tómese el tiempo necesario y no precipite el ritual de su higiene.
- Prepare la bañera antes de que él esté en su cuarto de baño.
- Evite llenar la bañera; demasiada agua le puede asustar. Controle la temperatura.
- No añada geles o espumas de baño que puedan hacer resbaladiza la bañera.
- Siga siempre los mismos pasos:
 1. Vaya usted a buscarle y llévele hasta el cuarto de baño.
 2. Pídale que se quite la ropa de manera ordenada y nombrándoselas una a una (falda...)
 3. Pídale que se enjabone y después se aclare. Si no lo hace, lávele con cuidado y despacio.
 4. Ayúdele en el momento de salir de la bañera.
 5. Dele la toalla y pídale que se seque.
 6. Vaya dándole la ropa por orden y una a una.
- Aproveche el baño para vigilar el estado de su piel (enrojecimientos en puntos de apoyo) de las uñas (tanto de las manos como de los pies) cuidados de la boca (dientes, prótesis...) higiene íntima (evitar irritación e infecciones).
- Los cabellos: es preferible el pelo corto. No lavar la cabeza en la bañera, y no usar secadores.
- El maquillaje, especialmente si usaba anteriormente.
- Para evitar problemas circulatorios, musculares y articulares, es necesario que el enfermo diariamente haga un poco de gimnasia pasiva de pies y brazos y a la vez que se le den friegas para favorecer la circulación.

Organizar su cocina y su alimentación

Organización de la cocina

- La cocina (sobre todo si es de gas) y el horno, deben quedar inutilizados cuando no los use.
- Bloquee el calentador en posición intermedia para evitar que salga agua demasiado caliente.
- Es aconsejable la instalación de alarmas contra humos, incendios.
- El frigorífico debe estar cerrado con llave o candado.
- El suelo: consérvelo seco para evitar las caídas.
- Los productos de limpieza deben estar guardados bajo llave.
- Los cuchillos y objetos cortantes, póngalos fuera de su alcance.
- Equípese de vajilla irrompible. Existen platos con ventosas para fijarlos en la mesa que impiden que se vuelquen.
- Utilice mantel de plástico y que los platos sean de distinto color para que los distinga bien. Procurar que los platos sean más grandes que las porciones de alimentos.

Su alimentación

- Organice las comidas lo más rutinariamente posible.
- Hágale comer siempre a la misma hora y en el mismo sitio.
- Reduzca los cubiertos al mínimo y dele los adecuados en cada momento.
- Póngale un babero que se abroche detrás del cuello.
- Póngale los platos de manera sucesiva, nunca juntos.
- Procure un ambiente de calma; no le fuerce. Trate de persuadirle cariñosamente.
- Hay alimentos que se pueden comer con los dedos. Es preferible que la persona haga por sí misma todo lo que pueda.
- Tenga en cuenta sus gustos anteriores.
- Establezca una lista de platos que cubran todas las comidas durante una semana tratando de variar (un día pollo, un día pescado,..)

- **Alimentos aconsejables:**

- Ricos en proteínas: carnes rojas, pescado azul, huevos, leche y verduras frescas, también pueden tomar algunas grasas como el aceite de oliva.
- Ricos en vitaminas: hortalizas, frutas, verduras ...
- Ricos en fibra
- No conviene darle en exceso: hidratos de carbono, aceite frito, quesos fuertes, alimentos precocinados (tienen conservantes y colorantes nocivos).
- Corte las cosas en trozos pequeños.
- Recurra al puré o alimentos pasados o triturados
- Vigile lo que beba durante el día. No llene sus vasos hasta el borde. Si tiene miedo a beber, puede ser útil darle la bebida con un biberón.
- Si se trata de café o té, compruebe la temperatura de la bebida.
- Evite el alcohol. Recurra al agua, zumos de fruta o leche.
- Si el enfermo no abre la boca, se le puede tocar la barbilla o la mandíbula suavemente, o ponerle líquido o comida en la boca para recordarle el acto que tiene que hacer.
- Si tiene problemas para masticar, se le pueden hacer demostraciones. En general funciona la imitación.
- Si después de comer se le olvida que ha comido, tenga preparada una bandeja con bizcochos, galletitas etc.

Sobre su comportamiento

1. Verificar siempre lo que dice: si ha comido, apagado un cigarro, o cerrado un grifo por ejemplo.

2. Ante sus preguntas repetitivas: no sirve de nada razonar. Responda brevemente y en términos de actividad (Por ejemplo: "¿qué hora es?" "la hora de comer").

3. Ante reacciones desmesuradas:

- Busque la posible causa y póngale remedio.

- Si es por miedo, considérele como un niño, cójale la mano, dígame que le quiere, no se aleje de su campo visual. Consuélele si está triste.
 - Si es un comportamiento agresivo: manténgase alejado pero de manera que pueda verle. Su agresividad se calmará y olvidará el motivo. Olvídelo usted también y no se queje de ello ante él.
4. No le regañe nunca. No sabe por qué lo hace.
 5. No discuta jamás. Si desea cambiar alguno de sus comportamientos, elija sólo uno y procure que el resto de las personas, secunden sus posturas.
 6. Sepa que el enfermo puede tomar a mal sus iniciativas. Continúe con su idea a pesar de su hostilidad.
 7. Persevere. Los resultados tardan en manifestarse.
 8. Búsquese un complemento sustitutivo:
 - Persona que le pueda ayudar.
 - Actividad que le guste hacer al enfermo (terapia ocupacional, musicoterapia, estimulación de memoria, psicomotricidad...).
 9. Paseos repetitivos: déjele hacer; deje una habitación en la que pueda pasear sin golpear. Prevea sus paseos.

Sobre su comportamiento nocturno

1. Planifique un largo paseo durante el día para que haga ejercicio y se canse. Siempre a la misma hora y después del mediodía.
2. Evite o disminuya las cabezadas durante el día.
3. Es bueno tomar leche caliente o hierbas antes de acostarse para relajarse.
4. Si se lo encuentra a medianoche deambulando:
 - Dígame quien es usted.
 - Hable suave y dulcemente.

- Háblele de frente
- Recuérdele que es de noche y que todo el mundo duerme.

5. Anote las horas en que se despierta normalmente para que el médico le pueda dar el medicamento más adecuado para evitar el insomnio.

Mejorando la comunicación

Cuando él/ella habla:

- Ante la dificultad para encontrar las palabras, pídale que señale las cosas y nómbralas en su lugar.
- Asegúrese que usted comprende bien lo que le dice y confírmeselo.
- Cuando utilice una palabra por otra, no le corrija sistemáticamente.
- Cuando se detenga en medio de una frase, déjele tiempo para que la termine. Repita usted las dos o tres últimas palabras que ha dicho para ayudarlo. Si no vuelve a coger el hilo de la frase, cambie de tema.
- Si emplea frases o palabras sueltas fuera de contexto, trate de captar su pensamiento basándose en la situación del momento.

Cuando usted le hable:

- Es importante hablarle mucho. El enfermo se dará cuenta de sus sentimientos por el tono que usted emplee.
- Baje el tono de su voz. No le chille.
- Háblele lentamente y pronunciando con claridad las palabras. Si está puesta la TV o la radio, baje el volumen para que no se distraiga.
- Evite el lenguaje complicado y las frases largas. Utilice palabras cortas y frases sencillas.
- Dígale las cosas tal como son y sin darle explicaciones.
- Cuando le haga usted una pregunta, que sea sencilla, evitando el tener que elegir.
- Hay que darle tiempo para responder y comprobar si lo que dijo es exacto. Si no responde, vuelva a hacer la misma pregunta.
- Pídale las cosas con amabilidad y tranquilidad, así le colocará en una situación favorable para que responda.

- Habitúese a decirle lo que usted está haciendo.
- Dígale las cosas en positivo, nunca de una manera negativa.
- Prepárele pequeñas listas recordatorios para que sepa qué tiene que hacer (con letras mayúsculas y sin muchas anotaciones).
- Si su estado es más avanzado, puede emplear dibujos para señalar donde están las cosas.
- Un lenguaje que el paciente comprenderá durante mucho tiempo, es:
 1. Sonreírle cuando le mire.
 2. Cogerle la mano, ponerle el brazo sobre los hombros, por la cintura...
 3. Mostrarle mediante gestos lo que usted desee que lleve a cabo. El previsiblemente le imitará.

Incontinencia urinaria y fecal

1. Descartar que haya otro origen distinto a la enfermedad.
2. Adaptarle la ropa para que pueda quitársela fácilmente al ir al baño.
3. Condúzcale al baño en cuanto le vea agitarse o tirarse de la ropa, ha podido olvidar donde está el aseo.
4. Acompáñele cada dos o tres horas al baño para que orine.
5. Si no tiene coordinación necesaria para sentarse en la taza del baño, ayúdele y quizá sea necesario instalar un sanitario especial que sea alto.
6. Disponga de un orinal si no puede llegar a tiempo.
7. Intente saber la manera que expresa su familiar las ganas de orinar o defecar. Dígaselo a las otras personas que le cuidan.
8. Evite que beba dos horas antes de acostarse y llévele al servicio antes de meterle en la cama.
9. Coloque una sabanilla impermeable para proteger el colchón.
10. Si la incontinencia se hace permanente, compre pañales de adultos. Tenga cuidado en no dejarle el pañal mojado mucho tiempo ya que existe el riesgo de lesiones cutáneas. Para evitar esto:
 - Lave la región genital por la mañana y por la noche
 - Aproveche cuando se desvista para comprobar que no existe irritación o enrojecimiento

- Fíjese el objeto de mantener su piel limpia y seca
- Si aprecia anomalías, consulte para el empleo de talco, pomadas...

Cuidador

1. Infórmese de todo lo relacionado con la enfermedad y su evolución así como el modo de llevar las situaciones sociales, económicas... y de la existencia de asociaciones.
2. Inscribáse en asociaciones de familias de enfermos de Alzheimer para ayudarse mutuamente.
3. Descanse, incluso si la persona que le reemplaza no presta los mismos cuidados que usted.
4. Tómese vacaciones aunque sea por unos días.
5. Cuando esté nervioso o de mal humor, es mejor que otra persona se ocupe del enfermo.
6. Mantenga sus actividades lúdicas. Procure tiempo para ver algún programa de TV, ver escaparates.
7. Conserve sus amigos, explíquele la enfermedad de su familiar y que comprendan la situación.
8. Evite el alcohol para animarse.
9. Haga todo cuanto pueda para conservar su propia salud. (Clínica Universidad de Navarra, 2012)

1.3 LA ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER

La alimentación adecuada es uno de los factores más importantes para mantener una salud óptima y alargar la calidad y esperanza de vida; las necesidades nutricionales son distintas en relación con las características fisiológicas, psicológicas y patológicas propias de cada periodo.

Según documento de consenso de la SEGG y la SENPE, los ancianos con enfermedades crónicas con o sin discapacidad y aquellos con procesos agudos tienen altos porcentajes de alteraciones en los marcadores del estado nutricional, con elevado riesgo de malnutrición.

La pérdida de peso progresiva en Alzheimer se debe de la lesión en los lóbulos temporales.

-En pacientes con **deterioro leve** suele haber dificultad para planificar la compra y comida diarias, picoteo continuo, desinterés por la comida, anosmia y ageusia. En este período es necesario controlar el peso, y si pierde, valorar la presencia de efecto secundario de fármacos o enfermedad intercurrente, iniciar tratamiento etiológico y valorar suplementos.

-En pacientes con **deterioro moderado** además se añaden otros síntomas: anorexia y aumento de los requerimientos por agitación o vagabundeo, cambios en los horarios (comer a todas horas/olvidarse de comer), preferencia por dulces y pérdida de normas sociales. Suelen ser necesarios cambios en el entorno (mantener rutinas, evitar distracciones, ambiente tranquilo, permitir coger cosas con la mano, tiempo suficiente, ayuda mínima, supervisión constante) y en la comida (frecuentes, vistosas, poco copiosas, blandas o trituradas, adaptadas a los gustos personales, eliminando restricciones preventivas y el acceso a comidas peligrosas).

-En estadios avanzados es frecuente el rechazo de alimentos, la agitación durante las comidas y los problemas de estreñimiento, deshidratación, disfagia y apraxia de la deglución. En esta etapa se intenta mantener la masticación y el aporte de proteínas de alto valor biológico, utilizando alimentos blandos, ricos en fibra y con líquidos variados, valorando el uso de suplementos caseros o

comerciales y la necesidad de espesantes si disfagia. (M.^a Cruz Macías Montero, 2006)

MALNUTRICIÓN

La malnutrición es uno de los grandes síndromes geriátricos y factor de fragilidad. No sólo es signo de enfermedad, sino que su presencia aumenta la morbilidad, estancia hospitalaria, institucionalización y mortalidad por enfermedades concomitantes. Hasta 2/3 partes de los casos de malnutrición se deben a causas reversibles.

Definición y epidemiología

Se define malnutrición como la alteración de la composición corporal por privación absoluta o relativa de nutrientes que produce la disminución de los parámetros nutricionales por debajo del percentil 75:

- Pérdida involuntaria de peso > 4% anual o >5kg semestral, índice de masa corporal < 22, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia (en el caso de ancianos en la comunidad).
- Pérdida de peso > 2,5 kg mensual o 10% en 180 días, ingesta < 75% en la mayoría de las comidas (en el caso de ancianos institucionalizados).
- Ingesta < 50% de la calculada como necesaria, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia (en el caso de anciano hospitalizado).

La prevalencia de malnutrición varía mucho según el nivel asistencial:

- 2% en anciano sano en residencia pública española.
- 5-8% de los ancianos en domicilio.
- 50% de los ancianos enfermos institucionalizados.
- 44% de ancianos ingresados en hospital por patología médica y hasta 65% de los ancianos ingresados por patología quirúrgica.

En España, el 12% de la población general presenta malnutrición; de ellos el 70% son ancianos. (M.^a Cruz Macías Montero, 2006)

Causas y factores de riesgo de malnutrición (salud)

1. Debido al envejecimiento de órganos

- Problemas dentales: Falta de piezas, prótesis mal adaptadas.
- Menor secreción salival
- Pérdida de agudeza de los sentidos, como el gusto o el olfato.
- Disminución de la secreción y absorción intestinal
- Disminución del peristaltismo - estreñimiento
- Dificultad para la ingesta y deglución

2. Causas sociales

- Bajos ingresos
- Aislamiento
- Mal soporte familiar o social: Red de apoyo insuficiente
- Institucionalización

3. Causas físicas

- Enfermedades crónicas: Demencia, ICC, EPOC.
- Enfermedades y situaciones agudas: Traumas, cirugía, infecciones, úlceras
- Polimedicación

4. Causa funcionales

- Deterioro funcional
- Dificultad o incapacidad para compra, preparación y conservación de alimentos.
- Hiperactividad
- Inactividad, inmovilidad

5. Causas psicoafectivas

- Deterioro cognitivo
- Trastornos afectivos: Depresión

Malnutrición proteico-calórica

Es la más frecuente. En los ancianos, mínimas situaciones de estrés pueden provocar desnutrición proteico-calórica.

Se debe sospechar en:

- Infecciones (respiratorias, urinarias, sepsis)
- Insuficiencia cardíaca y/o respiratoria
- Fractura de cadera
- Úlceras por presión
- Enfermedades neurológicas con parálisis
- Tratamiento con digital a dosis elevadas

Se produce una depleción de proteínas corporales con una disminución de albúmina. (Albumina < 3gr/dl., malnutrición severa con alta mortalidad).

Los signos de malnutrición son:

- Apatía
- Debilidad
- Edema
- Retraso de la cicatrización
- Alteración de la inmunidad.

Manifestaciones:

- Deshidratación
- Síndrome confusional
- Deterioro funcional.

Malnutrición calórica

Fundamentalmente es debido a una pobre ingesta a lo largo de meses o años que provocan un adelgazamiento.

Sus características son:

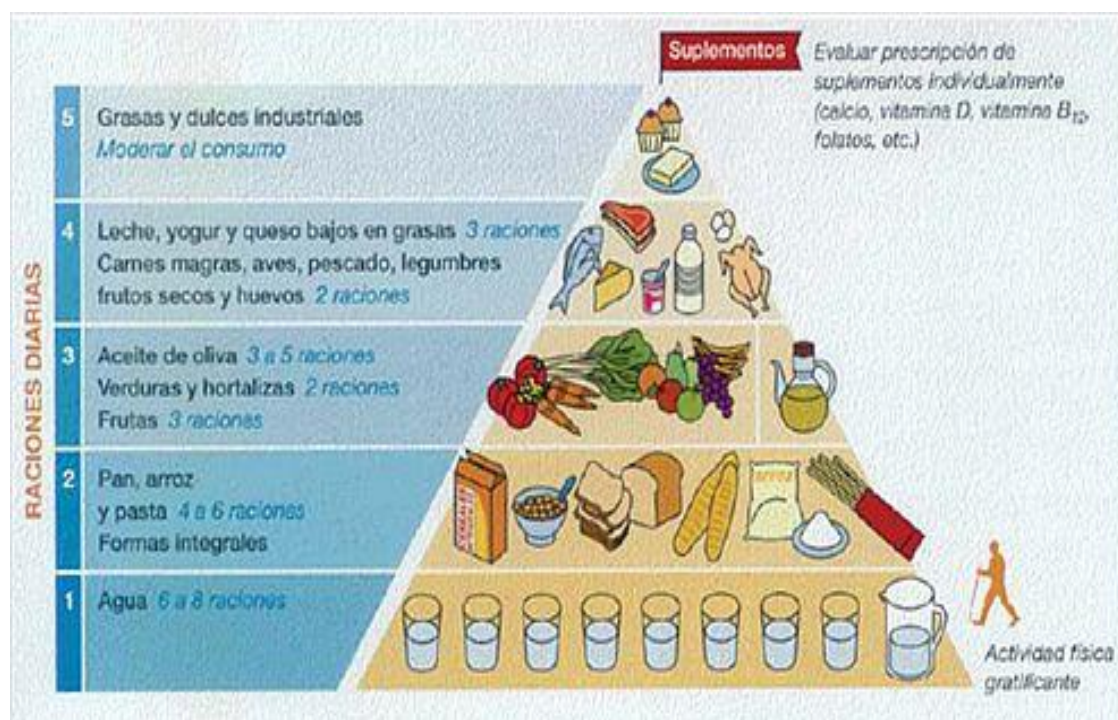
- Pérdida de peso importante: Percentil < 15
 - Proteínas séricas normales
 - No edemas asociados
 - Mortalidad baja
- Son ancianos con baja ingesta de calorías por anorexia, trastornos de la deglución, enfermedades crónicas, disminución de la actividad.

Consecuencias de la malnutrición

- Pérdida de peso y masa grasa, flacidez y pliegues cutáneos.
- Edema, hepatomegalia, diarrea.
- Alteración de la respuesta inmune, mayor incidencia de infecciones.
- Sarcopenia y pérdida de fuerza muscular: caídas y fracturas, riesgo de neumonía.
- Astenia, depresión y mayor anorexia.
- Riesgo de intoxicación farmacológica por reducción de fracción libre de fármacos con alta afinidad por albúmina y menor eficacia del metabolismo hepático.

Necesidades nutricionales en el anciano

Pirámide de la alimentación para personas mayores de 70 años



SENC, 2001

Las personas mayores necesitan una menor cantidad de energía que el resto de la población, pero hay nutrientes que son fundamentales y por ello deben ser aumentados, como por ejemplo el calcio y la vitamina D. (Verónica Dapcich. ITACA, 2004)

Nutrición y patología neurológica

La patología neurológica es altamente prevalente y constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en nuestro medio.

Prácticamente todas las patologías neurológicas son capaces de alterar el estado nutricional. Las causas de desnutrición en el paciente neurológico se relacionan fundamentalmente con un descenso de la ingesta, la aparición de síntomas digestivos o los cambios en el gasto energético, además del efecto de los fármacos.

La disfagia afecta a un número muy importante de pacientes. Las manifestaciones clínicas de la disfagia son muy variadas; los síntomas no son siempre evidentes, lo que requiere una evaluación sistemática y protocolizada de los pacientes de riesgo

Consecuencias de la desnutrición

En el paciente neurológico, la presencia de desnutrición influye negativamente en el pronóstico, aumenta el riesgo de complicaciones y empeora la calidad de vida. Afecta especialmente la función de los músculos deglutorios y dificulta la recuperación de la disfagia, aumenta el riesgo de infección y dificulta la rehabilitación funcional, aumentando el riesgo de discapacidad.

La osteoporosis es especialmente frecuente y es consecuencia de la inmovilización, la desnutrición y la deficiencia de vitamina D.

En las enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia avanzada (enfermedad de Alzheimer), la prevalencia de desnutrición es frecuente, bien por la presencia de disfagia o de alteraciones de la conducta alimentaria.

En fases avanzadas de la enfermedad, son frecuentes la disfagia y la pérdida de peso. La alteración de la conducta alimentaria hace que la alimentación oral sea muy dificultosa, y que aparezcan complicaciones de la disfagia como la broncoaspiración.

Requerimientos nutricionales del anciano

Macronutrientes:

- **Calorías:** Las necesidades [gasto energético total (GET)] vienen determinadas fundamentalmente por el nivel de actividad, que suele estar reducido en el anciano respecto de la población adulta. La ingesta habitual de los ancianos en el domicilio y residencias es muy variable, pero hasta el 40% de los ancianos consumen dietas de menos de 1.400 Kcal/día, que no aseguran el aporte mínimo de proteínas, calcio, hierro y vitaminas.

- **Proteínas:** Las necesidades son similares a las de los adultos aproximadamente, 0,8-1,5 g/kg/día (10-15% de las calorías diarias, 40-50 g/día). La mitad de las calorías proteicas deben ser de origen animal, por su mayor poder biológico. El contenido proteico y graso de las carnes (eliminando partes grasas y no comestibles) es similar. Todos los lácteos, pescado y la clara de huevo son buenas fuentes de proteínas en el anciano por su digestibilidad, alto valor biológico y facilidad de uso en preparaciones culinarias blandas y trituradas.
- **Lípidos:** Para cubrir las necesidades de vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales es suficiente el 10% de las calorías de origen lipídico, y no se debe sobrepasar el 30%.
- **Carbohidratos:** El aporte mínimo de hidratos de carbono para frenar el catabolismo proteico es de 100 g de glucosa al día. Deben constituir el principal aporte calórico y vitamínico a partir de los cereales, tubérculos, verduras, frutas, leguminosas y lácteos. No deben superar el 60% de las calorías totales (5 g/kg/día de glucosa) para evitar carencias en los demás nutrientes.

Micronutrientes

Las necesidades de vitaminas y minerales no varía respecto al adulto sano, salvo en la necesidad de asegurar una ingesta mínima de 1,2 g/día de calcio (1 porción de lácteos = 300 mg de calcio = 250 ml leche = 2 yogures < 100 g queso fresco = 50 g queso curado) y 600 ui de vitamina D (se necesitan suplementos diarios en institucionalizados) para prevenir la osteoporosis. Puede estar justificada la suplementación de vitamina E (riesgo cardiovascular y Alzheimer), fólico (riesgo cardiovascular, fumadores y alcohólicos) y tiamina (alcohólicos).

Líquidos

Las necesidades de líquidos, además del agua contenida en las comidas (1,5-2 l/día, 30-35 ml/kg/día, cinco-ocho vasos de agua/día), suelen no cubrirse con la ingesta espontánea en los ancianos.

La patología neurológica es muy prevalente y está aumentando de manera importante en los últimos años. Estos pacientes presentan un elevado riesgo nutricional, que condiciona un aumento de la morbimortalidad y un deterioro de la calidad de vida. Una correcta evaluación del estado nutricional permitirá establecer el soporte más adecuado, teniendo en cuenta además el pronóstico, el beneficio, el riesgo y los deseos del propio paciente o sus familiares. (Irene Bretón Lesmes, 2013)

1.4 ADECUACIÓN AL PLAN DE SALUD DE NAVARRA

Dentro del plan de salud de Navarra 2006 – 2012 se encuentran incluidas las Enfermedades neurodegenerativas, que las definen como:

Las enfermedades neurodegenerativas afectan a una gran cantidad de navarros y navarras (alrededor de 120.000 personas en Navarra), y constituyen un problema social de primera magnitud para sus familiares.

Son enfermedades cuya incidencia va en aumento debido al mayor crecimiento de la población y a la esperanza de vida.

Formulación de Prioridades, objetivos e intervenciones.

El conjunto de objetivos y actuaciones planteadas en esta línea estratégica se formulan para la consecución de los siguientes fines:

- Reducir la mortalidad y aumentar la calidad de vida de las personas afectadas por estas enfermedades.
- Establecer una forma de trabajo que garantice la equidad terapéutica en Navarra.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Reducir la morbilidad asociada a la malnutrición y mejorar la calidad de vida en los enfermos de Alzheimer y sus principales cuidadores.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Incluir los objetivos del programa en la consulta de enfermería de atención primaria.

-Lograr una participación activa en el programa de al menos el 70% de familiares y/o cuidadores.

-Introducir la figura del técnico en alimentación para el asesoramiento personalizado en AP a los cuidadores de pacientes con Alzheimer.

-Integrar en las visitas domiciliarias del trabajador social la búsqueda de signos que sugieran dificultad para el acceso de una alimentación correcta en los pacientes con Alzheimer.

-Fomentar la autonomía del paciente a la hora de las comidas, mediante habilidades y técnicas de fácil cumplimiento en el hogar.

-Informar a los cuidadores de los enfermos de Alzheimer sobre las necesidades nutricionales y los factores de riesgo asociados a la malnutrición en pacientes con Alzheimer.

-Asesoramiento y seguimiento en consulta de enfermería a los cuidadores.

-Potenciar la participación social y familiar del paciente en las actividades relacionadas con la alimentación.

-Ofertar servicios sociales a las personas que viven solas.

-Incluir las visitas domiciliarias de educadores familiares.

3. PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD

3.1 POBLACIÓN DE REFERENCIA Y SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE INTERVENCIÓN.

La población a la que va dirigida el programa es a la población de Pamplona, situada en el norte de España, en el área centro de Navarra. El municipio se extiende sobre una superficie de 23,55 km², con una población de 195.943 según informe del INE 2011.



Selección de la población: Programa dirigido a Familiares, cuidadores principales y asociaciones de pacientes y familiares con Alzheimer de la ciudad de Pamplona.

La selección se realizará mediante información facilitada por los centros de salud y asociaciones del número de pacientes diagnosticados de Alzheimer y contacto personal con la familia o cuidador principal.

El programa será presentado en cada centro de salud de Pamplona y en la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Navarra (A.F.A.N), durante el último trimestre del 2013.

También estará a disposición de residencias geriátricas por el cambio socioeconómico que está viviendo actualmente la sociedad, se ha observado

que un gran número de familias han asumido el cuidado de los mayores dependientes en sus hogares.

3.2 LEGISLACIÓN Y NORMATIVA APLICABLE.

Ley Foral 15/2006, de 14 de Diciembre, de Servicios Sociales (Navarra G. d., Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, 2006)

TÍTULO PRELIMINAR.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto.

1. La presente Ley Foral tiene por objeto fundamental conseguir el bienestar social de la población, en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra, garantizando el derecho universal de acceso a los servicios sociales.
2. También es objeto de esta Ley Foral configurar un sistema de servicios sociales en la Comunidad Foral de Navarra que garantice que los servicios que se presten cuenten con las condiciones óptimas para asegurar la autonomía, dignidad y la calidad de vida de las personas.
3. Por último, es objeto de esta Ley Foral establecer mecanismos de coordinación de las actuaciones públicas en materia de servicios sociales con el resto de áreas de la política social y con las actuaciones de la iniciativa privada, con el fin de conseguir unos servicios sociales que atiendan a las necesidades de las personas.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (Gobierno de España, 2006)

Incluye las modificaciones de determinados preceptos introducidas en su articulado y en particular por el *Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, la Ley 2/2012, de 29 de julio, el Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre y el Real Decreto-ley 8/2010 de 20 de mayo.*

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

La Ley se estructura en un título preliminar; un título primero con cinco capítulos; un título segundo con cinco capítulos; un título tercero; dieciséis disposiciones adicionales; dos disposiciones transitorias y nueve disposiciones finales.

En su título preliminar recoge las disposiciones que se refieren al objeto de la Ley y los principios que la inspiran, los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, y los titulares de esos derechos.

El título I configura el Sistema de Atención a la Dependencia, la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, a través de los diversos niveles de protección en que administrativamente se organizan las prestaciones y servicios. La necesaria cooperación entre Administraciones se concreta en la creación de un Consejo Territorial del Sistema, en el que podrán participar las Corporaciones Locales y la aprobación de un marco de cooperación interadministrativa a desarrollar mediante Convenios con cada una de las Comunidades Autónomas. Asimismo, se regulan las prestaciones del Sistema y el catálogo de servicios, los grados de dependencia, los criterios básicos para su valoración, así como el procedimiento de reconocimiento del derecho a las prestaciones.

El título II regula las medidas para asegurar la calidad y la eficacia del Sistema, con elaboración de planes de calidad y sistemas de evaluación, y con especial atención a la formación y cualificación de profesionales y cuidadores. En este mismo título se regula el sistema de información de la dependencia, el Comité Consultivo del sistema en el que participarán los agentes sociales y se dota del

carácter de órganos consultivos a los ya creados, Consejo Estatal de Personas Mayores y del Consejo Nacional de la Discapacidad y Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

Por último, se regulan en el título III las normas sobre infracciones y sanciones vinculadas a las condiciones básicas de garantía de los derechos de los ciudadanos en situación de dependencia.

Las disposiciones adicionales introducen los cambios necesarios en la normativa estatal que se derivan de la regulación de esta Ley. Así, se realizan referencias en materia de Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, en la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, en la normativa sobre discapacidad, gran invalidez y necesidad de ayuda de tercera persona, y se prevén las modificaciones necesarias para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia.

Decreto foral 6/2009, de 19 de enero, por el que se regulan los procedimientos de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y de elaboración del programa individual de atención de las personas en situación de dependencia (Navarra G. d., 2009)

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.

Es objeto de este Decreto Foral la regulación del Equipo Técnico de Valoración de la situación de dependencia y los procedimientos de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y de elaboración del Programa Individual de Atención de las personas en situación de dependencia en la Comunidad Foral de Navarra.

Artículo 2. Competencia.

La Competencia para la valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y la elaboración del Programa Individual de Atención de las personas en situación de dependencia corresponde a la Agencia Navarra para la Dependencia, quien las ejercerá a través de los órganos que en cada caso se establezcan.

3.3 RECURSOS ACTUALES

Actualmente el Gobierno de Navarra tiene a disposición la cartera de servicios sociales de ámbito general aprobada en el *decreto foral 69/2008*, donde incluye servicios a la:

- **Dependencia:**

1. Servicio de valoración de la situación de dependencia
2. Servicio telefónico de emergencia
3. Servicio de transporte adaptado y asistido
4. Servicio de centro de día para personas menores de 65 años
5. Servicio de centro de día en centros de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental.
6. Servicio de centro de día para personas mayores
7. Servicio de centro de día psicogeriátrico
8. Servicio de estancia diurna para personas menores de 65 años
9. Servicio de estancia diurna para personas mayores
10. Servicio de estancia diurna en centro psicogeriátrico
11. Servicio de estancia nocturna para personas menores de 65 años
12. Servicio de estancia nocturna para personas con enfermedad mental
13. Servicio de estancia nocturna para personas mayores
14. Servicio de estancia nocturna en residencia psicogeriátrica
15. Servicio de ingresos temporales en residencia para personas menores de 65 años
16. Servicio de ingresos temporales para personas con enfermedad mental
17. Servicio de ingresos temporales en residencia para personas mayores
18. Servicio de ingresos temporales en residencia psicogeriátrica
19. Servicio de atención residencial para personas menores de 65 años
20. Servicio de atención residencial para personas con enfermedad mental
21. Servicio de atención residencial para personas mayores
22. Servicio de atención residencial en centro psicogeriátrico
23. Ayudas económicas para asistente personal de personas dependientes

24. Ayudas económicas para la permanencia en el domicilio de las personas dependientes y apoyo a las personas cuidadoras de éstas
25. Ayudas mínimas para atención en el domicilio de personas dependientes

- **Personas mayores**

1. Servicio de valoración de la situación familiar para el acceso a una plaza residencial
2. Servicio de ingresos temporales en residencia para personas mayores
3. Servicio de ingresos temporales en centro psicogeriátrico
4. Servicio de atención residencial para personas mayores
5. Servicio de atención residencial en centro psicogeriátrico

- **Enfermedad mental**

1. Servicio de valoración de la situación familiar para el acceso a una plaza residencial
2. Servicio de valoración de la idoneidad ocupacional y/o laboral
3. Servicio de intervención socio comunitaria para personas con trastorno mental grave
4. Servicio de rehabilitación psicosocial
5. Servicio de transporte adaptado y asistido
6. Servicio de piso supervisado
7. Servicio de piso tutelado/funcional
8. Servicio de ingresos temporales en residencia para personas con enfermedad mental
9. Servicio de residencia - hogar

4. CRONOGRAMA

4.1 CRONOGRAMA

Durante el mes de octubre, el coordinador general del proyecto, presentará, el programa a la consejería de salud del Gobierno de Navarra y a la dirección de AP, para su posterior obtención de autorización.

El mes de noviembre y diciembre se presentara, en el sector sanitario, a los centros de salud de pamplona y se informara también a la asociación de familiares de enfermos de Alzheimer.

Una vez todas las instituciones hayan aceptado participar, se informará a la población en general mediante los medios de comunicación locales (prensa, radio y televisión) y mediante folletos, afiches.

Asimismo en noviembre y diciembre, se dará comienzo a las reuniones para la elaboración del Programa.

En enero se iniciara la captación de la población y se abrirán listas para las sesiones, también se iniciara con la capacitación al equipo multidisciplinar.

Febrero y marzo se iniciara las sesiones para enfermos, familiares y cuidadores.

Se realizará una evaluación del programa a los 6 meses y al finalizar el programa, se emitirá un informe técnico en la evaluación del programa y se informará los resultados a los profesionales participantes.

4.2 TABLA DE GANT

	3º trimestre 2013			1º Trimestre 2014		
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Presentación al departamento de salud, gobierno de Navarra	X					
Aprobación del proyecto		X				
Presentación del proyecto en todos los centros de salud de Pamplona y asociación de familiares de enfermos de Alzheimer Navarra		X	X			
Divulgación a la comunidad mediante carteles, folletos, captación de población.				X	X	X
Apertura de listas para inscripción para las diferentes actividades				X	X	
Capacitación al equipo multidisciplinar				X	X	
Sesiones para la población diana					X	X
Evaluación preliminar del proyecto						X
Informe de la evaluación						X

5. ACTIVIDADES

5.1 ORGANIZACIÓN INTERNA

Organizarse es esencial para realizar cualquier actividad, por eso se debe consensuar con todos los participantes la estructura y diseño de cada actividad a fin de que quede claro la finalidad de cada una, las tareas a realizar y la responsabilidad.

Actividades de Organización interna

Antes de iniciar el programa, se realizarán 3 reuniones con el equipo multidisciplinar conformado por: Supervisora de enfermería de AP, trabajadores sociales, técnicos de alimentación y educadores familiares; también se contaría con un médico y psicólogo como profesionales invitados y un representante de la asociación de familiares de enfermos de Alzheimer Pamplona.

Primera reunión:

- Puesta en común del programa, objetivos, expectativas, interés por parte de los profesionales incluidos en el programa.
- Indicación del lugar, fecha y hora dedicada a cada actividad.
- Indicación de la cantidad y calidad de los insumos necesarios (recursos humanos, servicios, equipo, dinero, bienes, etc.) involucrados en cada actividad.

De lo que se trata es de establecer un curso o trayectoria que permita fijar la dinámica del proyecto en función del volumen y ritmo de actividades.

Segunda reunión:

- Aclaración de dudas de la reunión anterior.
- Se da a conocer las funciones y responsabilidades de cada uno y se delega el coordinador del proyecto, que en este caso será la supervisora de enfermería
- Proceso de captación de participantes, que deben cumplir un perfil específico como es: Vivir en pamplona, ser familiares o cuidadores de enfermos de Alzheimer.
- El equipo multidisciplinar debe garantizar que se cumpla el perfil para participar de las actividades.

- Se conformarán grupos de máximo 10 personas, ofertando las actividades en horarios de mañana y tarde, realizando así 2 sesiones semanales.
- En el centro de Salud las/los enfermeros serán los encargados de captar a la población y dar a conocer el programa.
- En la comunidad, los trabajadores sociales, técnicos de alimentación y educadores familiares serán los responsables de captar a la población y dar a conocer el programa, este grupo de profesionales serán previamente capacitados para que puedan valorar cuando hay riesgo de malnutrición en enfermos de Alzheimer.
- Por parte de la fundación la captación de población sería por las dudas o problemas que expongan los familiares o cuidadores, estos serán remitidos al trabajador social de su respectivo centro de salud.

Tercera reunión

- Organización de las sesiones:

Qué se va a tratar en cada sesión, quién es el responsable..., el tiempo será máximo de 60 minutos en cada sesión y se organizarán de acuerdo al calendario laboral.

Cada sesión contará con una evaluación de conocimiento y satisfacción tanto para los participantes como para el profesional.

5.2 ORGANIZACIÓN DE SESIONES

Sesiones para el equipo multidisciplinar:

Justificación:

La enfermedad de Alzheimer al igual que otras demencias irreversibles, es hoy en día un trastorno crónico, progresivo e incurable, que genera efectos devastadores tanto para la persona que la sufre como para su familia y entorno. Debido a esto surgen unas necesidades asistenciales tanto del enfermo como de sus familias, que requieren una serie de servicios o recursos dentro de la comunidad que les permita el cuidado de su familiar enfermo dentro de su entorno y a la vez les permita seguir con sus actividades laborales y sociales.

Objetivo:

Transmitir al equipo multidisciplinar conocimientos sobre aspectos que constituyen el abordaje integral de la enfermedad de Alzheimer, abarcando aspectos sanitarios relacionados con el paciente y la familia.

Contenido:

Sesión 1. Generalidades de la enfermedad de Alzheimer

- Qué es la enfermedad de Alzheimer.
- Cuáles son las características clínicas.
- Evolución de la enfermedad
- Valoración funcional del enfermo de Alzheimer

Sesión 2. Alimentación en el paciente enfermo de Alzheimer

- Que es malnutrición
- Causas de malnutrición en el enfermo de Alzheimer
- Cómo realizar una valoración nutricional
- Control de la ansiedad durante las comidas.

Metodología:

Se realizarán 2 sesiones cada una de 45 minutos

Sesión 1. Generalidades de la enfermedad de Alzheimer
Contenidos: <ul style="list-style-type: none"> • Qué es la enfermedad de Alzheimer. • Cuáles son las características clínicas. • Evolución de la enfermedad • Valoración funcional del enfermo de Alzheimer
Objetivo: Capacitar al equipo multidisciplinar a cerca de la enfermedad de Alzheimer, su manejo y actuaciones.
Responsable: Médico y enfermera de AP
Hora: 9h – 9:45h ó 16h – 16:45
Lugar: Aula de formación
Metodología: <ul style="list-style-type: none"> -Técnicas de investigación en el aula -Técnicas expositivas -Técnicas de análisis -Técnicas de desarrollo de habilidades

Evaluación de las sesiones:

Se entregará una hoja de evaluación a cada asistente*

Sesión Nº ____
Título

Responsable:

Fecha:

Horario:

Por favor, conteste en la manera más honesta posible las siguientes preguntas. No es necesario que escriba su nombre. Toda sugerencia adicional que nos aporte se la agradeceremos e intentaremos realizar los mejoramientos pertinentes en las próximas actividades. Por favor, evalúe en la escala 1-7.

Muchas gracias.

1. UTILIDAD DE LOS CONTENIDOS ABORDADOS EN LA SESIÓN. Importancia y utilidad que han tenido para usted los temas tratados en la sesión.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. METODOLOGIA UTILIZADA EN LA SESIÓN. Respecto a los métodos y estrategias utilizadas por el relator para impartir los contenidos fue:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. **GRADO DE MOTIVACIÓN DEL RELATOR.** Nivel de participación y de motivación ofrecido por el relator fue:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. **CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN.** Respecto al lenguaje y orden dada a la sesión

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS ABORDADOS.**
Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la clase y sus actividades.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. **CALIDAD DEL MATERIAL ENTREGADO.**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. **INFRAESTRUCTURA Y COMODIDAD DEL LUGAR DE CAPACITACIÓN**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. **CALIDAD Y CLARIDAD DE LOS EJEMPLOS ENTREGADOS (si aplica).**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. **CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.**

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. **SUGERENCIAS Y COMENTARIOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS PRÓXIMAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN:**

Sesión 2. Alimentación en el paciente enfermo de Alzheimer

Contenidos:

- Que es malnutrición
- Causas de malnutrición en el enfermo de Alzheimer
- Cómo realizar una valoración nutricional
- Control de la ansiedad durante las comidas.
- Técnicas útiles a la hora de las comidas, actividades de estimulación.

Objetivo: Capacitar al equipo multidisciplinar sobre la importancia que tiene una adecuada alimentación en pacientes con enfermedad de Alzheimer, para mantener una salud óptima y alargar la esperanza de vida con calidad.
Responsable: Nutricionista, enfermera de AP.
Hora: 9h – 9:45h ó 16h – 16:45
Lugar: Aula de formación
Metodología: -Técnicas de investigación en el aula -Técnicas expositivas -Técnicas de análisis -Técnicas de desarrollo de habilidades
Evaluación: Formato de hoja de evaluación*

Sesiones para familiares, cuidadores y pacientes con enfermedad de Alzheimer

Justificación:

La enfermedad de Alzheimer es una demencia irreversible, pero no se debe olvidar que la enfermedad ocurre en una **persona** con una biografía y una trayectoria vital, que pertenece a un entorno familiar y social, que es un ser humano que día a día se va transformando en otro diferente y va a requerir cuidados en el lugar donde reside, estos cuidados deben de dar respuesta a unas necesidades que van surgiendo a medida que va evolucionando la enfermedad. Es por esto que los cambios y la adaptación que sufre el enfermo y la familia requiere, en muchos casos, la ayuda e intervención de profesionales y de asociaciones de familiares para intentar salir “ilesos” de esta situación de cuidado.

Objetivo:

Informar, asesorar y apoyar a la familia, cuidadores y pacientes con enfermedad de Alzheimer a cerca de la enfermedad, evolución, cuidados y la importancia de

una buena alimentación para evitar la presencia de malnutrición y sus consecuencias.

Contenido:

Sesión 1. Generalidades de la enfermedad de Alzheimer

- ¿Qué es la Enfermedad de Alzheimer? ¿Qué es la Demencia?
- ¿Cuáles son las capacidades mentales y las habilidades prácticas que se van perdiendo en la demencia?
- El cuidador principal. Figura clave en la ayuda al enfermo de demencia de Alzheimer
- Cómo conseguir un domicilio seguro para prevenir accidentes del paciente
- Recursos socio-sanitarios
- Aspectos ético-legales de la Enfermedad de Alzheimer

Sesión 2. Alimentación y Alzheimer

- La alimentación en el paciente de Alzheimer
- Beneficios de una buena alimentación
- Manejo de los trastornos de la conducta alimentaria
- Control de la ansiedad
- Recomendaciones nutricionales

Sesión 3. Comunicación

- Que es comunicación
- Importancia de la comunicación
- Técnicas de comunicación

Metodología:

Se realizarán 3 sesiones cada una de 45 minutos

Sesión 1. Generalidades de la enfermedad de Alzheimer
<p>Contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la Enfermedad de Alzheimer? ¿Qué es la Demencia? • ¿Cuáles son las capacidades mentales y las habilidades prácticas que se van perdiendo en la demencia? • El cuidador principal. Figura clave en la ayuda al enfermo de demencia de Alzheimer • Cómo conseguir un domicilio seguro para prevenir accidentes del paciente • Recursos socio-sanitarios • Aspectos ético-legales de la Enfermedad de Alzheimer
Objetivo: Informar y formar al enfermo, familia y cuidador a cerca de la enfermedad de Alzheimer, su evolución, características y cuidados.
Responsable: Enfermera de AP
Hora: 9h – 9:45h ó 16h – 16:45
Lugar: Aula de formación
<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Técnicas de investigación en el aula -Técnicas expositivas -Técnicas de análisis -Técnicas de desarrollo de habilidades
Evaluación: Formato de hoja de evaluación*

Sesión 2. Alimentación y Alzheimer
<p>Contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La alimentación en el paciente de Alzheimer • Beneficios de una buena alimentación • Manejo de los trastornos de la conducta alimentaria • Control de la ansiedad • Recomendaciones nutricionales
Objetivo: Fomentar una alimentación adecuada en el paciente de Alzheimer, disminuyendo el riesgo de malnutrición.

Responsable: Nutricionista, enfermera de AP.
Hora: 9h – 9:45h ó 16h – 16:45
Lugar: Aula de formación
Metodología: -Técnicas de investigación en el aula -Técnicas expositivas -Técnicas de análisis -Técnicas de desarrollo de habilidades
Evaluación: Formato de hoja de evaluación*

Sesión 3. Comunicación
Contenidos: <ul style="list-style-type: none"> • Que es comunicación • Importancia de la comunicación • Técnicas de comunicación
Objetivo: Desarrollar habilidades de comunicación con la persona cuidada y familiares.
Responsable: Enfermera, trabajador social, educador familiar.
Hora: 9h – 9:45h ó 16h – 16:45
Lugar: Aula de formación
Metodología: -Técnicas de investigación en el aula -Técnicas expositivas -Técnicas de análisis -Técnicas de desarrollo de habilidades
Evaluación: Formato de hoja de evaluación*

6. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

6.1 EQUIPO QUE DESARROLLA EL PROYECTO. COLABORACIONES INSTITUCIONALES

El equipo estará formado por los siguientes profesionales:

- Médicos de Familia y equipos de enfermería de los distintos Centros de Salud
- La enfermera/o responsable de cada centro de salud, será la encargada de la valoración análisis, desarrollo y evaluación del programa en su correspondiente centro. Mantendrán contacto informativo con el equipo multidisciplinar sobre usuarios participantes y coordinara la información recibida y dada por el resto de del equipo.
- Técnicos de alimentación, educadores familiares y trabajador social de cada centro de salud.
- Un nutricionista

El equipo será de carácter multidisciplinar, puesto que intervienen profesionales de distintas disciplinas.

Contará con la colaboración de la asociación de familiares con Alzheimer de pamplona.

El programa se desarrollará en los centros de Pamplona y se contará con los profesionales de ese centro.

6.2 RECURSOS DISPONIBLES: MATERIAL TECNICO, INVENTARIABLE Y FUNGIBLE.

-Despachos de enfermería, equipado con un ordenador, que tendrá instalado el programa operativo OMI_AP para el registro de datos.

-Sala de usos múltiples o sala de formación de cada centro de salud, disponible los días definidos para el desarrollo de las sesiones, debe contar con sillas, ordenador y proyector, también debe contar con una pizarra y tener a disposición rotuladores de varios colores.

Todo el material didáctico, está elaborado por la sección de Promoción de Salud del ISP, presentaciones de power point, folletos explicativos, carteles, test, registros, fichas, catálogos, listados de servicios, guías...por lo que se destinará una partida económica para el gasto en fotocopias así como para la compra de todo el material fungible necesario (folios, carpetas, bolígrafos, cds...).

6.3 PRESUPUESTO ESTIMADO

Recursos humanos: 30000 euros

Recursos materiales: 45000 euros

7. FINANCIACIÓN

7.1 FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

Cuenta con diferentes fuentes de financiación, para alcanzar la mayor equidad en la población y mejores condiciones de vida y de salud.

Dichas fuentes de financiación son:

1. Recursos del presupuesto general de comunidad autónoma

Recursos del Presupuesto General de la Comunidad autónoma en sector salud:

- Destinados para salud: acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Acción Social, Educación, Agricultura, Transporte, Vivienda, Ciudad y Territorio, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Cultura, Deporte y Recreación, Ciencia y Tecnología, Comercio, Industria y Turismo, entre otros.
- Destinados al crecimiento sostenible y competitividad.
- Destinados para salud pública: acciones de salud pública, de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (10% de asignación anual).

2. Recursos propios de la ciudad de pamplona:

- Destinados para acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud
- Destinados al crecimiento sostenible y competitividad; a la igualdad de oportunidades para la prosperidad social y a la prevención del riesgo.
- % de rentas cedidas, destinadas a salud y a la investigación.
- Recursos por sobretasas (6% impuesto al tabaco, al licor, al combustible).

3. Otros recursos.

- Aportes voluntarios de la comunidad.

8. EVALUACION

La evaluación se realizará anualmente y será responsabilidad del equipo evaluador integrado por enfermera y nutricionista, capacitados para ellos.

Indicadores de evaluación del proceso:

Cuantitativas:

Total de participantes a las sesiones (paciente, familiares, cuidadores)

Cualitativas

Encuesta a usuarios participantes de evaluación de las sesiones.

A los profesionales que imparten el programa también se les evaluará sobre la formación recibida previo al desarrollo del programa.

9. BIBLIOGRAFÍA

9.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basgall, A. (Abril de 2005). *Nutriinfo*. Recuperado el 16 de Mayo de 2013, de <http://www.nutrinformo.com/pagina/info/alzheimer.pdf>
- Canadá, S. d. (2001). *Immerso mayores*. Recuperado el 03 de Junio de 2013, de <http://www.immersomayores.csic.es/documentos/documentos/canada-alzheimer-01.pdf>
- Carlos Castro Dono, J. A. (02 de Mayo de 2013). *Guías clínicas Fistera*. Recuperado el 25 de Mayo de 2013, de Atención primaria en la Red: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/demencia-tipo-alzheimer/>
- Cinta Valls-Pedret, J. L. (15 de Septiembre de 2010). *Revista de neurología*. Recuperado el 01 de 06 de 2013, de Neurología.com: <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/Diagn%C3%B3stico-precoz-de-la-enfermedad-de-Alzheimer-fase-prodr%C3%B3mica-y-precl%C3%ADnica.pdf>
- Clínica Universidad de Navarra. (21 de Septiembre de 2012). *Área de Salud*. Recuperado el 01 de junio de 2013, de Cuidados en casa: <http://www.cun.es/area-salud/salud/cuidados-casa/cuidados-enfermedad-alzheimer>
- Cristina Prieto Jurczynska, M. E. (2011). *Fundación del Cerebro*. Recuperado el 10 de Mayo de 2013, de Fundación Española de Enfermedades Neurológicas: http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf
- España, F. A. (2012). *Fundación Alzheimer España*. Recuperado el 15 de 05 de 2013, de <http://www.alzfae.org/index.php/enfermedad/mas-sobre-alzheimer/2-frecuencia-enfermedad>
- Francisco Guillén Llera, J. P. (2008). *Síndromes y Cuidados en el paciente geriátrico* (Segunda ed.). Elsevier Masson. Recuperado el Mayo de 2013
- Gobierno de España, M. d. (14 de Diciembre de 2006). *SAAD, portal de dependencia*. Recuperado el 10 de Mayo de 2013, de

http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/normativa/texto_ley/index.htm

Irene Bretón Lesmes, R. B. (2013). PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN. PREVALENCIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO NUTRICIONAL. En F. e. nutrición, *Libro blanco de la nutrición en España* (pág. 349). Fundación española de la nutrición.

Jesús Alberdi Sudupe, M. G. (26 de Mayo de 2009). *Fisterra.com Atención primaria en la web*. Recuperado el 25 de Mayo de 2013, de <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/demencia-tipo-alzheimer/#6368>

M.^a Cruz Macías Montero, M. T. (2006). Malnutrición. En S. E. gerontología, *Tratado de geriatría para residentes* (pág. 227). Madrid: SEGG. Recuperado el 2 de Mayo de 2013

Ministerio de Sanidad, S. s. (2012). *Informe 2010. Las personas mayores en España. Tomo I*. Recuperado el 01 de 06 de 2013, de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22023_inf2010pm_v1.pdf

Navarra, A. d. (06 de Febrero de 2001). *AFAN*. Recuperado el 20 de Abril de 2013, de http://www.afan.asociacionespamplona.es/presentacio3_1/_5G1ICS7tAW5Ckxq28_g0P4EupuZxV5_Q4kpblCsSchlCYOIDbgQqZg

Navarra, D. d. (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2006 Navarra*. Recuperado el 01 de 05 de 2012, de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/BE60F518-284F-4DF1-BE8F-078C0AEA9CC6/166527/InformeENS2010Navarra1.pdf>

Navarra, G. d. (14 de Diciembre de 2006). *Navarra.es*. Recuperado el 1 de Junio de 2013, de <http://www.cfnavarra.es/prm/Cartera%20de%20servicios%20sociales/ley-37118.html>

Navarra, G. d. (19 de Enero de 2009). *Navarra.es*. Recuperado el 15 de Mayo de 2013, de <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29778>

Nicole L Batsch, M. S. (11 de Abril de 2012). *Alzheimer`s Disease International*.

Recuperado el 15 de Mayo de 2013, de

<http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012.pdf>

OMS. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010*. Recuperado el 01 de 05 de 2013, de

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/G31.1>

salud, S. n. (s.f.). *Pérdida de peso en el anciano*. Valoración del anciano en atención primaria. Guía de actuación. Recuperado el 3 de Mayo de 2013

Verónica Dapcich. ITACA, G. S. (2004). *Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición*. (S. E. Comunitaria, Ed.) Recuperado el 13 de Mayo de 2013, de

http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/come_seguro_y_saludable/guia_alimentacion2.pdf

9.2 OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ABC de los problemas de pérdida de memoria, demencia y enfermedad de Alzheimer. Joaquín Vera Vera. 1998

- Avances en la enfermedad de alzheimer y estado similares. Leonard L. Heston, M.D. cap.18, Pág 277-289. editorial J&C ediciones médicas S.L1998 1ª ed.

- Comorbilidad en la enfermedad de Alzheimer. Catedra de geriatría Universidad complutense de Madrid. Carlos Fernández Viadero, Magdalena Jiménez Sanz, et al. Pág 69-80. Nutrición 2010.

- Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: Un manual para ciencias de la salud. Miguel Ángel Martínez González. Cap, 39,40,52,56. Ed. Elsevier. 2013

-Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Alain Rochon. Ed. Masson 1991Cáp 1, 8, 9.

- Enfermedad de Alzheimer. Etiopatogenia, neurobiología y genética molecular diagnóstico y terapéutica. Ramón Cacabelos. Ed. J.R. Prous Editores. 1991 Barcelona España. cáp 1 pag 1-31.
- Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. R. Alberca, S. López-Pousa. 4ª ed. Editorial médica panamericana. Parte II. Pág 141-220. 2011
- Guías alimentarias para la población Española. Sociedad española de nutrición comunitaria. 2001
- La enfermería ante el Alzheimer. Mº Elizabeth Graña Caneiro. Ed: Formación sanitaria Galicia. 2002
- Libro blanco de la alimentación de los mayores. M. Muñoz, J. Aranceta, J.L Guijarro. Ed. Médica panamericana.2005
- Nutrición y salud pública. Michael J. Gibney, Barrie M. Margetts, Et al. Ed. Acriba. 2004. Cáp 2, 6, 10.
- Nutrición y vida activa. Del conocimiento a la acción. Wilma B. Freire. Ed. Organización panamericana de laSalud. Pág 199 – 221. 2006
- Pedro gil Gregorio. Tratado de neuropsicogeriatría. Ed Ergon. Sociedad española de geriatría y gerontología. Cap 11 demencia tipo alzheimer, Pag 185-212. 2010.
- Resumen del IV curso nacional de enfermedad de Alzheimer. J.M Martinez Lage y R. Alberca Serrano. Sevilla 23 y 24 sept 1999.
- Revista JANO Medicina y Humanidades. Publicada enero 2011 Nº 1767. Editorial Elsevier. Pág 8-14. Investigación en Alzheimer: desafíos para un nuevo milenio por Pedro Artigas.
- Tratado de geriatría para residentes. SEGG. Manuel A. Jimenez, Raquel Benavent B, Ed. IM&C.2006. pag 227-242.

10. RESUMEN

10.1 RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Programa de Prevención de la malnutrición en adultos mayores de 65 años, diagnosticados de Alzheimer no institucionalizados

El Programa tiene como objetivo general reducir la morbilidad asociada a la malnutrición y mejorar la calidad de vida en los enfermos de Alzheimer y sus principales cuidadores.

Programa dirigido a Familiares, cuidadores principales y asociaciones de pacientes y familiares con Alzheimer de la ciudad de Pamplona.

Se desarrollará mediante sesiones formativas en los centros de salud de Pamplona. Las sesiones serán dirigidas por un equipo multidisciplinar integrado por médico, enfermera, nutricionista, trabajador social, educador familiar.

En el centro de salud, se ofrecerá apoyo programado grupal, individual y una combinación de ambos, desde la consulta de enfermería para aquellas personas que deseen participar en el programa. La información a la población en general será mediante tríptico, carteles, guías.

Palabras clave: Alzheimer, prevención, alimentación y malnutrición